

Barbara Lelonek¹, Aleksandra Cieślik², Elżbieta Kamusińska²

¹Zakład Anatomii Prawidłowej i Funkcjonalnej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

²Zakład Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

P

roblematyka stresu w chorobie nowotworowej

The issue of stress in neoplastic disease

STRESZCZENIE

Stres według Selyego jest odpowiedzią organizmu na bodziec. Współczesna psychologia definiuje stres jako dynamiczną relację adaptacyjną między możliwościami jednostki a wymogami sytuacji (stresorem), charakteryzującą się brakiem równowagi. Stresory są wszechobecne i nieuniknione, nie wywołują jednak jednoznacznie negatywnych skutków dla jednostki. Rezultaty ich działań zależą od posiadanych zasobów przydatnych w radzeniu sobie.

Choroba nowotworowa stanowi szczególny rodzaj sytuacji stresowej, bowiem działa jako stresor biologiczny, wpływając na czynność organizmu, oraz stresor psychiczny; wpływa zatem w sposób pośredni na stan psychiczny i funkcjonowanie człowieka. Wpływa na jednostkę w sposób wielostronny, pociąga za sobą poważne konsekwencje poznawcze, emocjonalne i behawioralne. Stres związany z chorobą nowotworową znajduje swoje źródło w dolegliwościach somatycznych, zagrożeniu życia, niepewności rokowania, uciążliwym procesie terapeutycznym, a także w zmianie sytuacji osobistej i zawodowej. Reakcje emocjonalne na chorobę nowotworową zmieniają się pod wpływem nowych informacji, nasilających się dolegliwości, stosowanych metod leczenia i przebiegają etapowo. Można wśród nich wyróżnić reakcje prawidłowe, będące w efekcie końcową adaptacją do choroby nowotworowej i reakcje patologiczne, wyrażające nieprzystosowanie do rozpoznanej u siebie choroby.

Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (1): 128–136

Słowa kluczowe: stres, choroba nowotworowa, reakcja na chorobę nowotworową

ABSTRACT

According to Selye stress is a body's response to stimuli. Modern psychology defines stress as an adaptive and dynamic relationship between the abilities of individuals and the requirements of the situation (stress factors); characterized by a lack of balance. Stressors are ubiquitous and unavoidable, but do not cause clearly negative effects on individuals. The results of people activities depend on the available resources useful to cope with stress.

Neoplastic disease exemplifies a special type of stressful situation; it acts as the biological stressor which affects the activity of the body, and the mental stressor which has an indirect effect on mental health and functioning of human being. It affects the body in a multilateral way, entails serious cognitive, emotional and behavioural consequences. Stress caused by neoplastic disease has its origin in somatic ailments, threat to life, prognostic indicators, troublesome therapeutic process and change in personal and professional situation. Emotional reactions to neoplastic disease are changing thanks to new information, worsening symptoms, methods of treatment; and they proceed in stages. From among above mentioned reactions the specialists can distinguish: the correct response which is in the final adaptation to neoplastic disease, and pathological response which emphasizes the inadequacy of one's recognized disease.

Nursing Topics 2013; 21 (1): 128–136

Key words: stress, neoplastic disease, response to neoplastic disease

Wstęp

Pojęcie stresu wprowadził do nauk o zdrowiu Selye w 1926 roku. W swych pracach przedstawił stres jako „sumę wszystkich niespecyficznych zmian funkcjonalnych lub organicznych wewnątrz organizmu”, czyli nieswoistą reakcją organizmu na stawiane mu „żądania”

[1]. Reakcję tę określił Selye jako „zespół ogólnego przystosowania”, w skład którego wchodziły fazy: alarmowa, odporności i wyczerpania [2, 3]. W rozumieniu Selyego stres jest odpowiedzią na bodziec.

W początkowym okresie badań nad stresem rozumiano go jako zjawisko składające się z zewnętrznych i odpo-

wiadających im procesów wewnętrznych, przy czym każde z nich osobno rozumiane było jako stres [2]. W 1963 roku Tomaszewski zdefiniował sytuację trudną (termin uznawany za synonim stresu) jako „brak wzajemnego dostosowania, czyli równowagi potrzeb, warunków i czynności” [4]. Reykowski w opublikowanej monografii określił stres psychologiczny jako: „czynniki stanowiące zagrożenie i zakłócenie” aktualnej aktywności zadaniowej [5].

Wieloletnia ewolucja sposobu myślenia doprowadziła do sformułowania koncepcji relacyjnej, polegającej na łącznym ujęciu czynników zewnętrznych i odpowiadających im procesów wewnętrznych oraz podkreśleniu zachodzących między nimi zależności. Stanowisko relacyjne konsekwentnie sformułował po raz pierwszy Lazarus [6]. Przyjął on, że stres to rodzaj relacji „nieprzerwanej interakcji pomiędzy osobą a otoczeniem” [7].

Pośród współczesnych definicji stresu psychologicznego na uwagę zasługuje ujęcie Lazarusa i Folkmana, opisujące stres jako zaburzenie równowagi biopsychospołecznej. Według tych autorów na miano stresu zasługuje „określona relacja między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca, lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi” [8].

Ostatnie lata przyniosły jeszcze dwie koncepcje traktowane jako alternatywne do stanowiska Lazarusa. Pierwsza to teoria Hobfolla, który przyjął, że źródło stresu jest między jednostką a otoczeniem, ale w porównaniu z Lazarusem większy akcent położył na zasoby jednostki niż na interakcję [9].

Koncepcja Antonovsky’ego to model opierający się na poczuciu koherencji, sensowności i przewidywalności świata oraz własnych w nim działań [10–12]. Cytując za Antonovskym, za stresory uważa się „elementy wprowadzające do systemu entropię, czyli takie doświadczenie życiowe, którego cechą charakterystyczną jest brak spójności, niedociążenie, lub przeciążenie oraz brak wpływu na decyzje” [13]. Autor wyróżnia stresory chroniczne, ważne wydarzenia życiowe oraz codzienne kłopoty, ujawniające się jako dokuczliwe. Są nimi zatem wymogi otoczenia, którym nie jesteśmy w stanie sprostać, które rodzą stany napięcia emocjonalnego, a także mogące przekształcić się w silne stany stresowe. Stresory są wszechobecne i nieuniknione, nie wywołują jednak jednoznacznie negatywnych skutków dla jednostki. Rezultaty ich działań zależą od posiadanych zasobów przydatnych w radzeniu sobie [10, 12].

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie źródeł stresu w chorobie nowotworowej oraz omówienie rodzajów reakcji psychicznych pacjentów onkologicznych w okresie diagnozowania, leczenia i po chorobie.

Choroba nowotworowa jako stresor

Choroba stanowi szczególny rodzaj sytuacji stresowej, bowiem działa jako stresor biologiczny, wpływ

wając na czynność organizmu, oraz stresor psychiczny — wpływa zatem w sposób pośredni na stan psychiczny i funkcjonowanie człowieka. Choroba somatyczna zawiera wszystkie elementy charakterystyczne dla stresora psychicznego — posiada czynnik zagrożenia biologicznego i psychospołecznego, zakłóca realizację celów życiowych i stawianych zadań, uniemożliwia zaspokajanie różnorodnych potrzeb życiowych jednostki [14].

W świetle powyższych rozważań z całą odpowiedzialnością można stwierdzić, że choroba nowotworowa należy do najbardziej stresujących spośród wszystkich chorób. Wpływa na jednostkę w sposób wielostronny, pociąga za sobą poważne konsekwencje poznawcze, emocjonalne i behawioralne [15–18]. Zdecydowana większość chorych doświadcza w przebiegu choroby objawów stresu emocjonalnego, którego wyrazem jest depresja, lęk, gniew. Chorzy odczuwają też różne objawy fizyczne będące skutkiem choroby i jej leczenia [16, 17, 19, 20].

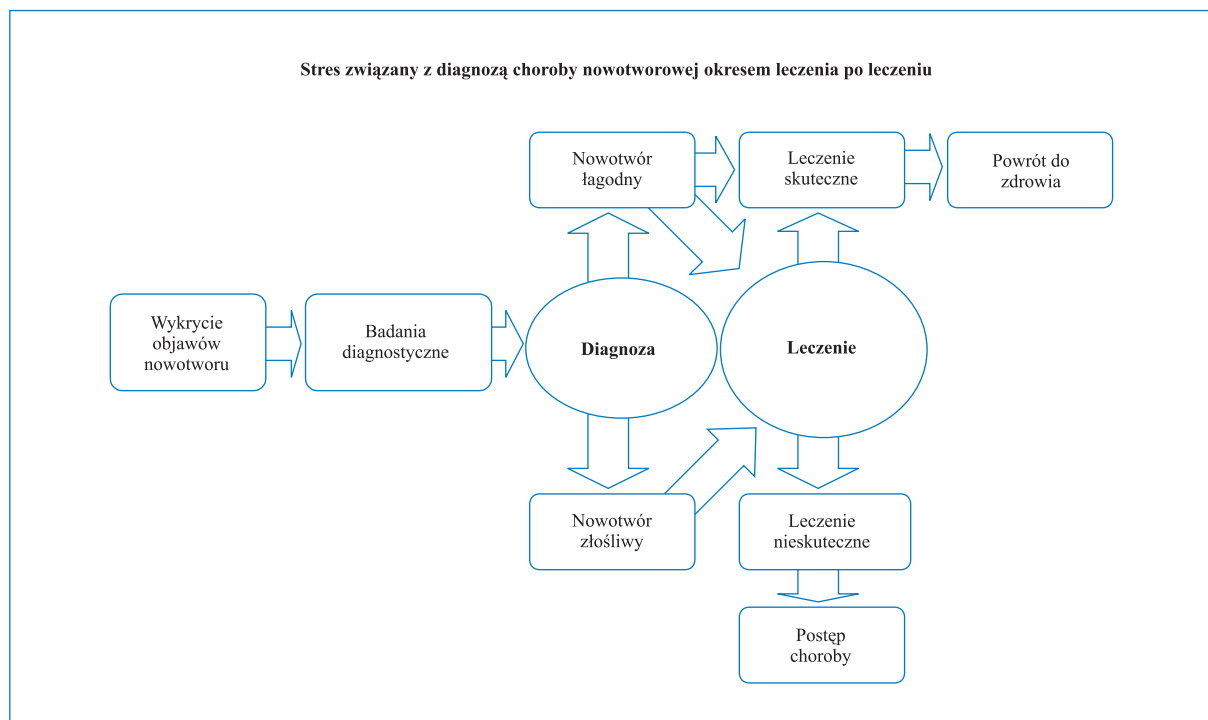
Stres związany z chorobą nowotworową znajduje swoje źródło w dolegliwościach somatycznych, zagrożeniu życia, niepewności rokowania, uciążliwym procesie terapeutycznym, a także w zmianie sytuacji osobistej i zawodowej. Związany jest zarówno z fazą diagnostyczną, leczeniem, jak i okresem po wyleczeniu (ryc. 1).

Już samo wykrycie objawów choroby nowotworowej stwarza poczucie zagrożenia manifestujące się lękiem, niepokojem, nasilającym się zwłaszcza w czasie oczekiwania na ostateczną diagnozę. Kolejny stres dla pacjenta to stres związany z całą procedurą leczenia oraz wynikających z niego działań niepożądanych. Uciążliwość kolejnych pobytów w szpitalu i związane z tym przystosowanie fizyczne i psychiczne, a także sam rodzaj stosowanego leczenia mogą wywołać stres psychologiczny i fizyczny [16, 17]. Z powodu hospitalizacji pacjent staje w obliczu wielu nowych dla niego informacji często dla niego niezrozumiałych, a przez to będących dodatkowym źródłem negatywnych emocji [21].

Stres związany z przystosowaniem jest uważany za potencjalnie największe zagrożenie dobrego samopoczucia pacjenta [22]. Okres po wyleczeniu to dalszy stres związany z obawą o nawrót choroby. Dla wielu pacjentów stres ten zatem nie kończy się nigdy. Dla ponad 1/3 pacjentów onkologicznych wyleczenie wyznacza dalsze perspektywy życiowe, ale u pozostałych 2/3 pacjentów, mimo bezobjawowego okresu poprawy, mamy do czynienia z nasilonym stresem związanym z przebyta chorobą nowotworową [16, 17].

Postrzeżenie choroby przez pacjenta

To, co pacjent wie o swojej chorobie określane jest jako wiedza, przekonania, opinie i poglądy związane z dolegliwościami. W języku naukowej psychologii, wszystko to jest określane jako poznawcza reprezentacja cho-



Rycina 1. Stres związany z chorobą nowotworową [16]

Figure 1. Stress associated with neoplastic disease [16]

roby i stanowi część bardziej rozbudowanej struktury — poznawczej reprezentacji świata i siebie samego.

Struktura ta to efekt doświadczenia indywidualnego powstająca stopniowo i cechująca się względną trwałością. Każdy dorosły człowiek ma pewien ukształtowany system wiedzy na temat chorób nowotworowych poparty bardziej lub mniej rzetelną wiedzą. Choroba nowotworowa uruchamia w człowieku dodatkowe procesy: poszukiwania i weryfikacji, a przez to część poznawcza reprezentacji świata i siebie samego oraz dotycząca własnej choroby staje się dominująca w strukturze wiedzy [23]. Tak tworzy się subiektywny obraz choroby zwany obrazem własnej choroby lub koncepcją choroby. Reakcję pacjenta na chorobę nowotworową można rozpatrywać z uwzględnieniem trzech sfer: poznawczej, emocjonalnej i behawioralnej, ale tylko poznawcza dotyczy obrazu siebie i własnej choroby.

Funkcjonujący w społeczeństwie silny lęk przed rakiem jako chorobą nieuleczalną i śmiertelną ma znamienity wpływ na powstawanie obrazu własnej choroby. W początkowym okresie dominuje poczucie zagrożenia i lęk przed śmiercią. Później w obrazie choroby można wyodrębnić dwa etapy: pierwszy — dotyczący choroby nowotworowej w ogóle, drugi — dotyczący własnej choroby nowotworowej. Pierwszy etap trwa do momentu zachorowania. Obraz choroby nowotworowej jest kształtowany w tym czasie na podstawie indywidualnych doświadczeń i jest mało usystematyzowany. Początek choroby roz-

poczyna drugą fazę związaną z ogromem nowych, często przerażających informacji oraz przesunięciem się obrazu choroby na bardziej centralną pozycję w strukturze wiedzy [23]. Stereotyp choroby stanowi podstawę w tworzeniu obrazu własnej choroby. Koncepcja choroby niesie ze sobą konsekwencje regulacyjne, oddziałując na stan emocjonalny i somatyczny chorego [20].

W tworzeniu tego obrazu uczestniczą różne źródła: lekarze, pielęgniarki, pacjenci, rodzina, przyjaciele, literatura i media, a także aktualny stan psychiczny chorego [14, 20, 24]. Pacjent w tworzonym obrazie wykorzystuje ogólne, obiegowe informacje, a o swoim stanie zdrowia wnioskuje z przekazów werbalnych i pozawerbalnych uzyskiwanych z dostępnych mu źródeł. Wraz z upływem czasu i narastaniem dolegliwości choroby rozbudowują obraz własnej choroby, ale nie zawsze musi on być równoznaczny z pozyskiwaniem rzetelnych danych o chorobie [24–26]. Bardzo rzadko obraz ten jest zgodny z rzeczywistością, czy obrazem wytworzonym przez lekarza, najczęściej jest wynikiem społecznej kancerofobii [20, 26].

Kaiser i Makowska [27] na podstawie badań przeprowadzonych wśród pacjentów kliniki hematologii wyodrębnili trzy typy obrazów własnej choroby. Były to: — obraz choroby niespecyficzny — charakteryzujący się powierzchownością i fragmentarycznością. W obrazie tym chorzy nie zastanawiali się nad istotą choroby, koncentrowali się na domniemanych przyczynach choroby, bez jednoznacznego wyodrębnie-

- nia przyczyn bezpośrednich. Pacjenci nie stwierdzali u siebie zmian spowodowanych chorobą;
- obraz choroby realistyczny — pacjenci znali swoje rozpoznania, analizowali wyniki badań, domagali się informacji związanych ze swoją chorobą.
- obraz obronny — pacjenci brali pod uwagę możliwość rzeczywistej diagnozy i odpowiadającej jej istoty choroby, ale zaprzeczali jej. W obrazie tym powstawał konflikt — pacjenci chcieli dowiedzieć się prawdy, jednak każdą docierającą do nich informację traktowali jako negację prawdziwej diagnozy [27].

W wyniku oceniania choroby nowotworowej, analizowania jej następstw, chory przeprowadza psychologiczne opracowanie swojej sytuacji i ustala określony stosunek do stanu bycia chorym. W trakcie kształtowania tego obrazu pacjent jest uczestnikiem konfrontacji: stres–jednostka, która na zewnątrz manifestuje się wielością reakcji emocjonalnych. Reakcja w sferze emocjonalnej jest uwarunkowana sposobem postrzegania choroby, a także znaczeniem jej dla człowieka chorego.

Sposoby postrzegania choroby analizował Lipowski. Wskazał on kilka podstawowych sposobów interpretacji choroby i odpowiadających im zachowań [28, 29]. Chorobę, jego zdaniem, można rozpatrywać w kategoriach: przeszkody, straty, ulgi, korzyści czy wartości [24, 28, 29].

Choroba jako przeszkoda — łączy dwa określenia: choroba jako „wyzwanie” i choroba jako „wróg”. W tym ujęciu choroba postrzegana jest jako sytuacja trudna, którą trzeba pokonać z pomocą lekarza i wszystkich dostępnych środków. Taki stosunek chorego do choroby może przynieść korzyść, jaką jest współpraca, czy aktywne uczestnictwo w procesie leczenia. Czasem postrzeganie choroby jako „silniejszego wroga” skłania do poddania się.

Choroba jako strata — kiedy obiektywne zmiany w narządach mogą być nieznaczące, ale w przekonaniu chorego oceniane są jako niepowetowana strata prowadząca z czasem do przygnębienia i rezygnacji.

Choroba jako ulga — prowadzi do uwolnienia od dotychczasowych obowiązków, odpowiedzialności, przynosi usprawiedliwienie wobec siebie i innych, a w rezultacie ulgę.

Choroba jako wartość — pomaga wytworzyć dystans wobec wszystkiego co przyziemne, na plan pierwszy wysuwają się wartości duchowe. W tej interpretacji choroby dochodzi do rewizji dotychczasowych wartości i przekonań, a w efekcie do zmiany dotychczasowej postawy wobec ludzi i swego postępowania.

Choroba jako korzyść lub jako strategia zmierzająca do zaspokojenia potrzeby troski i zainteresowania od innych. Ten rodzaj postrzegania choroby nie jest obserwowany wśród pacjentów onkologicznych ze względu na ogromnie obciążający charakter choroby nowotworowej [28].

Inne postrzeganie choroby ukazała de Walden-Gałoszko [26], zdaniem której choroba to:

- zło, które trzeba usunąć — chory podejmuje tu leczenie własne, między innymi poprzez myślenie magiczne, co często staje się powodem podejmowania różnych form tak zwanego leczenia alternatywnego;
- zło, od którego trzeba uciec — mieści się tu ucieczka w marzenia, zaprzeczanie faktom, ucieczka od rzeczywistości, której towarzyszy niechęć do mówienia o chorobie, ucieczka do wszystkiego, co nie jest chorobą;
- zło, któremu trzeba się poddać — chorzy popadają w fatalizm w poczucie całkowitej beznadziejności i rozpacz;
- zadanie życiowe, któremu trzeba sprostać — zadanie to może stać się okazją do wewnętrznego rozwoju, a także osiągnięcia „pozytywnych efektów”. Do takich pozytywnych efektów zaliczyć można między innymi: dystans wobec życia, wewnętrzny spokój, akceptację siebie, otoczenia, własnej choroby, dowartościowanie roli rodziny, bliskie relacje z przyjaciółmi, postawę wdzięczności i większego współczucia dla innych, umiejętność cieszenia się z małych rzeczy, niedocenianych przed okresem zachorowania [26].

Obraz własnej choroby jest strukturą złożoną i można uznać, że jest wypadkową współdziałania procesów poznawczych, emocjonalnych i motywacyjnych. Wynika on ze struktury osobowości pacjenta i mechanizmów obronnych, którymi się posługuje. Obraz ten konstytuują następujące czynniki: objawy kliniczne choroby, predyspozycje genetyczne, dynamika choroby i wiążące się z tym uwarunkowania, a także możliwości w zakresie jej leczenia oraz antycypacja skutków choroby w różnych dziedzinach funkcjonowania jednostki [24].

Reakcje psychiczne na chorobę nowotworową

Reakcje pacjentów na chorobę nowotworową w sferze emocjonalnej są uwarunkowane tym, jak długo trwał okres wstępny choroby. Gdy rozpoznanie jest dla chorego zaskoczeniem, obserwuje się duże nasilenie zmian psychicznych trwające zwykle dość krótko i zakończone względnym powrotem do równowagi. Reakcje emocjonalne na chorobę nowotworową zmieniają się pod wpływem nowych informacji, nasilających się dolegliwości, stosowanych metod leczenia i przebiegają etapowo [30].

Kübler-Ross wyróżnia u chorych na nowotwory pięć następujących po sobie reakcji emocjonalnych [30]. Nie muszą one wystąpić u każdego chorego i odnoszą się co prawda do chorych w daleko zaawansowanym stadium choroby, ale mogą wystąpić także u chorych o pomyślnym rokowaniu.

Pierwsza faza to odrzucenie prawdy, negacja i izolacja. Początek choroby zawsze oznacza szok i niedowierzanie. Chory dowiaduje się o swoim rozpoznaniu lub powoli zaczyna się go domyślać. W konfrontacji z istotą swojej choroby broni się przed jej akceptacją, neguje, wypiera wszelkie otrzymane informacje nawet, jeśli są

jednoznaczne i zrozumiałe. Zaistniała reakcja prowadzi do odrzucenia świadomości własnego położenia.

Faza druga — buntu, gniewu, agresji wobec siebie i otoczenia — wyraża niepokojenie się z sytuacją choroby. Chory uskarża się na niesprawiedliwy i okrutny los, na który nie zasłużył. Faza ta wiąże się z narastaniem lęku.

Faza trzecia — oczekiwania, „targowania się” pacjenta z rozwojem wydarzeń, okres zastanawiania się nad swoją chorobą, samym sobą i stosunkiem do otoczenia. Pacjenci wierzący składają śluby, ofiarowują swoją wierność Panu Bogu w zamian za wyleczenie.

Faza czwarta — depresja — chorzy dają upust targającej nimi rozpacz, czują się winni, czasami traktują chorobę jako wynik wcześniej popełnionych błędów.

Faza piąta — ostatnia — pogodzenia się z losem i akceptacji swojej sytuacji. Faza ta to wyraz dojrzałości emocjonalnej i osiągają ją tylko ci pacjenci, którzy przezwyciężyli występujące wcześniej fazy.

Analizując różne reakcje ludzkie na wiadomość o chorobie, Jarosz dokonał klasyfikacji, wyodrębniając następujące reakcje:

- zaprzeczenie — gdy część informacji chory przyjmuje, a część wypiera w sposób świadomy;
- pomniejszenie — chory bagatelizuje swoją chorobę, redukując w ten sposób lęk;
- przyjęcie diagnozy — akceptacja choroby — pacjent poddaje się leczeniu, zdaje się na opinię lekarza, widzi w nim opiekuna i autorytet. Zdarzyć się może, że akceptacja choroby będzie się łączyć z rezygnacją chorego, wynikającą z dokonanej przez niego analizy skutków choroby;
- wyolbrzymienie — pacjent trwa w stanie lękowej samoobserwacji, jest całkowicie skoncentrowany na swoich dolegliwościach [28, 29].

Okres daleko zaawansowanej choroby nowotworowej stanowi dla chorego i jego najbliższych sytuację szczególnie stresującą z racji progresji procesu nowotworowego manifestującego się okresowym nasilaniem się dolegliwości fizycznych lub pojawieniem się nowych symptomów. Wszystko to wywołuje z reguły reakcje psychiczne pogarszające jakość życia pacjenta. Chorzy reagują często przejściową dezorientacją psychiczną, wyrażającą się poprzez milczenie, zamknięcie, zahamowanie bądź też pobudzenie i skargi. U wszystkich pacjentów można zaobserwować mieszanie uczuć lęku, gniewu, przygnębienia lub rozpacz o różnym nasileniu, przeplatane przeblyskami nadziei [25].

Powołując się na opracowania de Walden-Gałuszko wszystkie reakcje zachodzące w sferze psychiki pacjenta można sklasyfikować jako: reakcje psychiczne „normalne”, będące w efekcie końcowym adaptacją do choroby nowotworowej oraz reakcje psychiczne patologiczne, wyrażające nieprzystosowanie do rozpoznanej u siebie choroby [25, 31].

Reakcje psychiczne prawidłowe („normalne”)

Lęk

Każdy człowiek doznaje emocji zwanych z niepokojem czy lękiem, odczuwa je w sytuacjach nietypowych, nieznanych, zwłaszcza niebezpiecznych. Gdy posiadane informacje czy wyobrażenia o własnej chorobie zawierają w sobie potencjalne lub realne zagrożenie podstawowych wartości, powodują pojawienie się negatywnych emocji, przede wszystkim lęku [23]. Najsilniejszy lęk wiąże się z zagrożeniem życia i zdrowia człowieka [31, 32]. Lęk jest najbardziej powszechnym stanem emocjonalnym towarzyszącym choremu na raka, począwszy od momentu wdrożenia postępowania diagnostycznego aż do stanu terminalnego.

Lęk według De Walden-Gałuszko to przykry stan pobudzenia emocjonalnego spowodowany poczuciem zagrożenia, który występuje u wszystkich poważnie chorych, szczególnie u pacjentów onkologicznych [26]. Natomiast Juczyński definiuje lęk jako uczucie niepokoję, napięcia, zagrożenia, czy też trwożliwego oczekiwania [32]. Lęk jest przeżywany wobec sytuacji ocenianych jako bolesne, groźne lub przykre, ale które dopiero mogą lub mają wystąpić. Jest więc wyrazem bezprzedmiotowego niepokoję [33].

Lęk w psychopatologii to aktualny stan emocjonalny jednostki bądź względnie stała cecha osobowości [34, 33]. Powyższe rozróżnienie przyjmowali między innymi Spielberger, Rees, Cattell. W swojej koncepcji Spielberger nawiązywał do badań prowadzonych w latach 50. przez Cattella i Scheiera. Autorzy ci poddawali analizie czynnikowej wyniki pomiaru wskaźników lęku uzyskiwanego na drodze kilkakrotnego badania tej samej grupy osób. Na podstawie przeprowadzonych badań wyodrębnili dwa różne czynniki odpowiedzialne za zmienność wyników. Pierwszy czynnik — zależny od sytuacji nazwali lękiem–stanem, drugi — związany z różnicami indywidualnymi w reagowaniu nazwali lękiem–cechą [35, 36].

Lęk–stan (*state-anxiety*) jest rozumiany jako chwilowy, przemijający stan emocjonalny. Charakteryzując lęk jako stan, należy dokonać jego rozróżnienia: jako wyodrębniony objaw lub jako element wśród innych objawów stanowiących zespół kliniczny [33].

Lęk rozumiany jako cecha (*trait-anxiety*) to utrzymująca się, trwała cecha osobowości, wyrażona gotowością do reagowania w pewnych sytuacjach stanem lęku [35, 36]. Tak rozumiany lęk jest pojęciem dymensjonalnym, dotyczącym pewnego wymiaru lub wymiarów osobowości. Lęk osobowościowy stanowi nabytą dyspozycję behawioralną, czyniącą jednostkę podatną na reagowanie stanem lęku nieproporcjonalnie silnym w stosunku do istniejącego zagrożenia [33].

Literatura przedmiotu źródła lęku sprowadza do trzech zasadniczych grup. Są to:

- wszystkie informacje związane bezpośrednio z chorobą;
- leczenie i związane z nim konsekwencje;

— naruszenie więzi ze środowiskiem [32].

Źródłem znaczącego lęku może też być informacja o rozpoznaniu choroby nowotworowej uwzględniająca nie tylko samą diagnozę, ale również sposób przekazania jej choremu [37]. Łosiak wskazywał na lęk mający źródła w wiedzy pacjenta o chorobie i doświadczeniach z nią związanymi, zagrożonych wartościach związanych z pozytywnym stosunkiem do siebie [38].

Generalnie źródeł lęku wobec chorób nowotworowych poszukuje się w obszarze szeroko rozumianych czynników zewnętrznych oraz w pewnych predyspozycjach osobowościowych [32, 34]. Lęk onkologiczny jest swoistą reakcją, w której następuje sprzężenie uczucia z treścią poznawczą. Zagrożenie chorobą nowotworową, zwłaszcza w jej początkowym stadium, wywołuje lęk antycypowany, chory spodziewa się złych następstw choroby, nie wiedząc czy, kiedy i w jakiej formie one wystąpią.

De Walden-Gałuszko wskazuje na trzy mechanizmy lęku:

- gdy występuje nadmierna stymulacja bodźcami zakłócającymi komfort psychiczny;
- gdy pojawia się niezgodność poznawcza, sprzeczność między informacjami wcześniej zakodowanymi a napływającymi aktualnie;
- gdy występuje zablokowanie lub nieumiejętność stosowania działań zmniejszających stan pobudzenia psychicznego [26].

Nasilenie lęku jest uwarunkowane różnorodnymi okolicznościami, wśród których można wymienić:

- nasilenie i naturę choroby stanowiące o jej rokowaniu;
- rodzaj leczenia, jego skuteczność, działania niepożądane;
- postawę chorego wobec choroby i leczenia;
- osobowościową gotowość do reagowania lękiem;
- wcześniejsze doświadczenie związane z chorobami i całą procedurą leczniczą [33].

Lęk pacjentów onkologicznych rzadko znajduje swój wyraz w werbalizacji. Wynika to z nieumiejętności przeprowadzenia samoanalizy wynikającej z braku samoobserwacji bądź też z powodującego nimi wstydu. O istnieniu lęku można przypuszczać, gdy jest wyrażany on poprzez werbalizację pośrednią oraz przekazy niewerbalne. Werbalizacja pośrednia to nadmierne akcentowanie objawów somatycznych, niewspółmierne do faktycznego samopoczucia chorego [25, 26, 31]. Przeżywanemu lękowi towarzyszy zawsze mniej lub bardziej bogata komponenta wegetatywna, uzewnętrzniająca się rozszerzeniem źrenic, uczuciem suchości w jamie ustnej, wzmożoną potliwością, przyspieszeniem akcji serca, oddechu, podwyższeniem ciśnienia tętniczego. Czasem do tych objawów dołączają się objawy somatyczne, takie jak: bóle brzucha, biegunki, potrzeba częstego oddawania moczu. Do przekazów niewerbalnych można zaliczyć wzrost wskaźni-

ków fizjologicznych, na przykład przyspieszone tętno, oddech czy występowanie specjalnych zachowań, na przykład: unikanie spojrzeń, rzekoma bez troska, non-szalancja [25].

Od czasu Darwina wiadomo, że lęk spełnia także funkcje adaptacyjne [33]. Jako sygnał ostrzegawczy skłania człowieka do właściwych działań obronnych i prozdrowotnych, do podjęcia i kontynuacji leczenia [25, 31]. Zbyt duże nasilenie lęku działa niekorzystnie, destrukcyjnie, pogarsza ogólne samopoczucie i jakość życia [31, 33]. Człowiek świadomie lub nieświadomie stara się „przepracować lęk”, zmniejszając jego nasilenie [25, 31].

Uczuciu lęku towarzyszy zwykle dość indywidualna interpretacja poznawcza. Rozróżnia się zatem lęk fizjologiczny, którego nasilenie mieści się w granicach normy, a zagrożenie jest rozpoznawalne, oraz lęk patologiczny, w którym zagrożenie jest nierozpoznawalne lub rozmiary jego przewyższają możliwości adaptacyjne jednostki. Lęk patologiczny stanowi zasadniczy składnik zespołów lękowych wymagających interwencji klinicznej [33].

W przypadku pacjentów onkologicznych zaakceptowanie swojego lęku wydaje się stanowić punkt wyjścia poprzez wykorzystanie jego dynamiki i siły motywacyjnej do przeciwstawienia się chorobie [38].

Gniew

Gniew to silny negatywny stan emocjonalny będący reakcją na przeszkodę w działaniu, w realizacji celów [39]. Jest reakcją na „nieprawidłowość” — chorobę, czyli zakłócenie porządku, którym dla jednostki jest stan zdrowia. Może przybierać różne formy, takie jak:

- gniew ogólny — wyrażający się poprzez pretensje skierowane do Boga za niesprawiedliwość losu;
- gniew przeniesiony — skierowany na personel medyczny lub inne osoby;
- gniew usprawiedliwiony — gdy objawy lub sama choroba wynikają z czyjejś winy (lekarza, personelu medycznego);
- gniew ukryty — manifestujący się negatywizmem, przygnębieniem, odmową współpracy w procesie leczenia;
- gniew stłumiony — nieakceptowany przez jednostkę, z powodu którego chory czuje się winny w przypadku jego ujawnienia [25, 31].

Gniew to uczucie, które podobnie jak lęk, jest siłą mobilizującą ustrój pacjenta do walki z chorobą. Jest zatem źródłem aktywności i energii, ale niekontrolowany może przeobrazić się i utrwalić w formie agresji [25, 26, 31]. Podobnie jak lęk powinien być uświadomiony i przetworzony w procesie adaptacji [25].

Poczucie winy

Poczucie winy określane jest jako nieprzyjemny stan emocjonalny powstający wówczas, gdy jednostka sama dochodzi do przekonania, że naruszyła własne standar-

dy [39]. Poczucie winy wiąże się zazwyczaj z obniżeniem poczucia własnej wartości. Uczucie to pozostaje w dość ścisłym związku z gniewem. Występuje bardzo często, ale rzadko jest werbalizowane przez chorego. Jest to agresja skierowana przeciw sobie [31].

Poczucie winy czasami wynika z negatywnego uczucia względem siebie — człowiek, utożsamiając się z chorobą, sam dla siebie staje się odrażający, winny i godny potępienia. Może też być następstwem myślenia magicznego, które utożsamia chorobę z karą za grzechy lub zły tryb życia [26]. Pacjenci onkologiczni często bywają chwiejni emocjonalnie, drażliwi, a niedostateczna kontrola własnych uczuć może wzbudzać w nich poczucie winy. Czasem czują się winni za niedostatecznie tłumione uczucie zazdrości wobec innych ludzi — zdrowych i silnych. Poczucie winy wzmacnia przekonanie o własnej nieprzydatności, świadomość ciężaru dla rodziny, otoczenia [31].

Przygnębienie

Przygnębienie jest drugim obok lęku, nie mniej częstym objawem powstającym w reakcji na chorobę [40]. Jest to przykra reakcja uczuciowa będąca odpowiedzią na utraconą wartość lub też na przewidywanie jej utracenia [25, 31].

W ramach rozpatrywanego pojęcia można wyróżnić: żal — jako reakcję na utratę określonej wartości, oraz przygnębienie właściwe — jako wyraz długotrwałego stanu smutku spowodowanego różnorodnymi sumującymi się przyczynami. W sytuacji chorego z daleko zaawansowaną chorobą nowotworową przygnębienie wiąże się z utratą ogólnej sprawności, zagrożeniem życia, osłabieniem ważnych związków z ludźmi [31].

Przygnębienie jest istotnym elementem psychologicznego przepracowania choroby. Może być ono traktowane jako „dobre”, będące wstępem do adaptacji, bądź też jako „złe” — pogłębiające nieprzygotowanie. Przygnębienie dobre, antycypacyjne, poprzedza przewidywane negatywne wydarzenia w życiu jednostki i przygotowuje ją poprzez żal na utratę cenionych wartości — zdrowia, niezależności, samodzielności. Przygnębienie „złe” — patologiczne, będące wyrazem dezadaptacji, przybiera postać długotrwałej rozpaczliwej prowadzącej do prób samobójczych, pełnej izolacji od otoczenia połączonej z odmową poddania się leczeniu [25, 26, 31]. Do manifestowania tego typu reakcji skłonni są przede wszystkim chorzy, których poinformowano o chorobie w sposób brutalny, bez uprzedzenia, których okłamano przez dłuższy czas udzielając optymistycznych informacji o chorobie i nagle dowiedzieli się całej prawdy o swoim stanie zdrowia, chorzy przeżywający załamanie nadziei po kolejnej wznowie choroby nowotworowej oraz pacjenci wchodzący w fazę terminalną choroby [26]. Skłonność do tego typu reak-

cji mogą przejawiać ludzie zaniedbani, pozbawieni opieki bliskich.

Przygnębienie w zależności od czasu trwania, stopnia nasilenia choroby, cech osobowości i indywidualnych form reakcji uczuciowej jednostki może przybierać postać jawną — płacz, skargi, narzekania lub formę utajoną — niewerbalną, wyrażaną poprzez smutny wyraz twarzy, przygarbioną postać, ogólne spowolnienie, apatię, brak apetytu, bezsenność, utratę zainteresowań. Może pojawiać się przekonanie o własnej bezsilności lub beznadziejności w sytuacji choroby. Uruchamia ono wtedy mechanizmy demobilizujące aktywność organizmu, a tym samym może wzmacniać niekorzystny przebieg choroby i jej negatywne następstwa [40].

Przedłużający się w czasie stan przygnębienia wraz z opisanymi towarzyszącymi objawami może stanowić podstawę do rozpoznania zespołu depresyjnego.

Nadzieja

Lęk i nadzieja są pod pewnymi względami do siebie podobne, wiążą się z oczekiwaniem tego, co ma dopiero nastąpić, w obu przypadkach nie ma pewności, a jest tylko prawdopodobieństwo. Nadzieja określana jest jako oczekiwanie od przyszłości czegoś dobrego. Jest to stan skojarzony z uczuciem zadowolenia czy radości [25, 31]. Wielki Słownik Medyczny definiuje nadzieję jako: „przekonanie, iż nastąpi taki stan rzeczy, którego człowiek pragnie” [39]. Nadzieja pojawia się dlatego, że istnieje szansa dla jednostki, możliwość przeżycia i zachowania zdrowia.

Nadzieja leży u podstaw optymistycznego podejścia do życia, mobilizuje chorego do działania, a sprzężona z wolą życia stanowi bardzo ważny element adaptacji i dobrej jakości życia [25, 31].

Patologiczne reakcje psychiczne

Liczne badania chorych onkologicznie w różnych okresach choroby wskazują, że około 40–50% przystosowuje się względnie dobrze do sytuacji związanej z chorobą [25, 31]. U około 50% pacjentów leczonych onkologicznie można rozpoznać współistniejące zaburzenia psychiczne [41]. Są to najczęściej zaburzenia adaptacyjne, depresja oraz zaburzenia lękowe [18, 19, 25, 31]. U ciężiej chorych spotyka się organiczne zaburzenia psychiczne, szczególnie majaczenie i otępienie [19].

Patologiczne reakcje psychiczne są wyrazem nieprzygotowania do choroby nowotworowej lub odpowiedzią mózgu na szkodliwy czynnik somatyczny.

Zaburzenia adaptacji

Zespół ten manifestuje się poprzez silne przygnębienie, okresowe lęki, wzmożoną drażliwość i wybuchowość, wahania nastroju. Pacjenci ujawniają poczucie winy, niskiej własnej wartości, uczucie upokorzenia

i wstydu. Zespołowi temu mogą towarzyszyć objawy wegetatywne wyrażające się na przykład brakiem apetytu, zaburzeniami snu, wzmożonym napięciem mięśniowym, a także zaburzeniami sfery poznawczej, co uzewętrznia się spadkiem zainteresowań i nadmierną koncentracją na problemach własnych związanych z leczeniem i zdrowiem.

Depresja

Szacuje się, że objawy depresyjne bywają rozpoznawane w 23–53% pacjentów z chorobą nowotworową [42]. Rosenhan i Seligman w depresji wyróżniają cztery dominujące grupy symptomów. Są to:

- symptomy emocjonalne, wśród których wyliczyć można: uczucie żalu, smutku, poczucie winy, utratę zadowolenia z życia, lęk;
- symptomy poznawcze, manifestujące się negatywnym obrazem samego siebie, niską samooceną i poczuciem beznadziejności;
- symptomy motywacyjne, ujawniające się jako trudność w podejmowaniu decyzji i brak mobilizacji do działania;
- symptomy somatyczne, objawiające się utratą apetytu, spadkiem masy ciała, zaburzeniami snu, nadmiernym skupieniem uwagi na niewielkich nawet dolegliwościach somatycznych [43].

Objawy pierwotne, według Baile'a to anhedonia, czyli stan niemożności odczuwania przyjemności oraz obniżenie nastroju wyrażane poprzez smutek, spuszczenie wzroku, niereagowanie na próby rozweselenia. Do objawów wtórnych należą: nawracające wybuchy płaczu, utrata zainteresowania codziennymi czynnościami, wzmożona skłonność do irytacji, zaburzenia koncentracji, spowolnienie procesów myślowych, kłopoty z pamięcią, uczucie beznadziejności, kłopoty ze snem, niska samoocena, myśli samobójcze, wycofanie z kontaktów społecznych [44].

Ciężkie zespoły depresyjne mogą przebiegać z objawami psychotycznymi. Silna depresja pojawia się w stanach wyczerpania fizycznego i psychicznego, gdy chory rezygnuje z walki o życie i zdrowie. Stan taki zwykle towarzyszy występowaniu przerzutów nowotworu do narządów [45]. Utrzymująca i pogłębiająca się depresja zmniejsza szanse na wyzdrowienie [38].

Zaburzenia lękowe

W zespole lękowym lęk jest objawem dominującym lub wyłącznym. Charakterystykę psychopatologiczną takiego zespołu uzupełnia wymiar czasowy i wymiar nasilenia przeżywania lęku oraz współobecność innych objawów, na przykład drżenia mięśniowego, natręctw. Charakterystyka wymiaru czasowego pozwala wyodrębnić zespoły lękowe w postaci napadów lęku (paniki) oraz lęku przewlekłego [33].

Pełen obraz zaburzeń lękowych obejmuje trzy następujące płaszczyzny objawowe:

- psychiczną — pacjent identyfikuje zagrożenie jako uczucie napięcia i niepokoju;
- behawioralną — pacjent prezentuje niepokój lokomocyjny i manipulacyjny, odczuwany lęk uzewętrznia się w mimice twarzy, tonie głosu, drżeniu rąk;
- wegetatywno-somatyczną — manifestującą się rozszerzeniem źrenic, wzmożoną potliwością, przyspieszeniem oddechu, akcji serca, podwyższeniem ciśnienia tętniczego krwi, suchością w jamie ustnej, czasem bólami brzucha i biegunkami [18, 46].

Ostre zaburzenia psychiczne

Występują dość często w formie zespołu majaczeniowego, majaczeniowo-zamroczeniowego lub splątania. Cechują się one takimi objawami, jak: zaburzenia spostrzegania w postaci iluzji i omamów, pobudzeniem ruchowym, lękiem, dezorientacją w czasie i otoczeniu. Objawy te nasilają się nocą, występuje częściowa lub całkowita niepamięć po ich przeminięciu [25, 31].

Najbardziej typowym zaburzeniem psychicznym w daleko zaawansowanym stadium choroby nowotworowej jest stan majaczeniowo-zamroczeniowy [31].

Przewlekłe zaburzenia psychiczne

U części chorych stwierdza się współistnienie choroby nowotworowej i psychicznej, na przykład schizofrenii, choroby afektywnej; u osób w starszym wieku często obserwowane jest współwystępowanie zespołu otępiennego [25, 31]. Czasami zespół otępienny może pojawiać się na skutek uszkodzenia mózgu w przebiegu procesu nowotworowego (guza mózgu lub przerzutów do mózgu). U tych pacjentów przebieg procesu nowotworowego jest taki sam jak u osób psychicznie zdrowych, różnice występują w sposobie reakcji na samą sytuację choroby i dolegliwości z nią związane.

Wnioski

1. Choroba nowotworowa stanowi dla chorego i jego najbliższych sytuację szczególnie stresującą i wywołuje reakcje psychiczne pogarszające jakość życia pacjenta.
2. Reakcje zachodzące w sferze psychiki pacjenta mogą przebiegać jako reakcje prawidłowe (lęk, gniew, poczucie winy, przygnębienie, nadzieja) i prowadzić do przystosowania do choroby nowotworowej lub jako reakcje patologiczne (zaburzenia adaptacyjne, depresja, zaburzenia lękowe, ostre zaburzenia psychiczne) i wyrażać brak adaptacji do rozpoznanej choroby.
3. Istnieje potrzeba wsparcia chorych onkologicznie i ich bliskich przez zespół terapeutyczny, w tym lekarza, pielęgniarkę i psychologa klinicznego.

Piśmiennictwo

1. Everly G.S., Rosenfeld R. Stres. Przyczyny, terapia i autoterapia. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1992; 25: 13–21.
2. Oleś P. Zagadnienie stresu, kryzysu, i radzenie sobie. *Roczniki Filozoficzne*, 1993; 4: 5–22.
3. Sęk H. Strategie radzenia sobie. Stres psychologiczny. W: Puzyński S. (red.). *Leksykon Psychiatrii*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1993: 460–462.
4. Heszen-Niejodek I. Stres i radzenie sobie: główne kontrowersje. W: Heszen-Niejodek I., Ratajczak Z. (red.). *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1996.
5. Reykowski J. Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1966: 204–208.
6. Lazarus R.S. The stress and coping paradigm. W: Bond L. A., Rosen J. C. (red.). *competence and coping during adulthood*. University Press of New England, Hanover 1980.
7. Lazarus R.S. Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne* 1986; 3/4: 2–39.
8. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. Springer-Verlag, New York, 1984.
9. Hobfoll S. E. Conservation of resources. a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist* 1989; 44: 513–524.
10. Antonovsky A. Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. W: Heszen-Niejodek L., Sęk H. (red.). *Psychologia zdrowia*. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1997: 206–225.
11. Antonovsky A. The sense of coherence as a determinant of health. W: Matarazzo J. D., Weiss S. M., Herd J. A., Miller N. E. (red.). *Behavioral health: a handbook of health enhancement and disease prevention*. Wiley, New York 1984: 491–510.
12. Antonovsky A., Grzegońska-Klarkowska H. (tłum.). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Fundacja IPN, Warszawa 1995.
13. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. how people manage stress and stay well*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1987.
14. Czubalski K. Wpływ choroby na stan psychiczny i zachowanie człowieka chorego. *Sztuka Leczenia* 1995; 1: 53–59.
15. Caus I., Naworska B., Kamińska J., Zarzecka A., Mazurek M. Psychospołeczne problemy pacjentów z chorobą nowotworową. W: Ślaskowski W. (red.). *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin* 2003; 58 (supl. 13): 172–179.
16. Juczyński Z., Chrystowska-Jabłońska B. Strategia radzenia sobie z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 1999; 5: 3–9.
17. Juczyński Z. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: de Walden-Gałuszko K. (red.). *Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej*, Kraków 2000: 9–41.
18. Trzebiatowska I. Zaburzenia lękowe w chorobie nowotworowej — aspekt praktyczny. *Psychoonkologia* 2000; 6: 49–53.
19. Małyszczak K., Wróbel T., Mazur G. i wsp. Objawy lękowe i depresyjne u pacjentów leczonych na nowotwory hematologiczne. *Psychiatria Polska* 2005; 29: 33–40.
20. Tomaszewska I. Psychologiczne aspekty depresji w chorobach nowotworowych. *Psychoonkologia* 2000; 7: 9–17.
21. Majczak A., Perzyński J., Marmurowska-Michałowska H. Reakcja chorych na hospitalizację. *Polski Tygodnik Lekarski* 1976; 43: 1841–1842.
22. Cohen F., Lazarus R. S. Coping with stress of illness. W: Stone W. G. C. Cohen F., Endler N. E. (red.). *Health psychology-handbook: theories, applications, and challenges of a psychological approach to the health care system*. Jossey-Bass, San Francisco 1979: 217–254.
23. Łosiak W. Subiektywny obraz choroby u pacjentów. W: Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (red.). *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Wyd. UJ, Kraków 1999: 67–77.
24. Steuden S. Z psychologicznej problematyki zdrowia i choroby. W: Oleś P., Steuden S., Toczowski J. (red.). *Jak świata mniej* widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2000: 27–30.
25. de Walden-Gałuszko K. Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej. W: Hebanowski M., de Walden-Gałuszko K., Żylicz Z. (red.). *Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1998: 25–52.
26. de Walden-Gałuszko K. Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotematologii. Psychologiczne aspekty choroby nowotworowej, umierania i śmierci. Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1992: 8–62.
27. Kaiser A., Makowska K. Psychologiczne problemy chorych na białaczkę ostrą i przewlekłą. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, Warszawa 1982.
28. Jarosz M. *Psychologia lekarska*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1988: 249–259.
29. Skórzyńska H. Postawy pacjentów wobec chorób i leczenia. *Metody informowania pacjentów o chorobach i leczeniu*. *Gabinet Lekarski* 2000 1994; 6–7, 27–30.
30. Kübler-Ross E. *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. PAX, Warszawa 1979.
31. de Walden-Gałuszko K. U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. Wyd. Med. MAKMed, Gdańsk 2000: 20–45.
32. Juczyński Z. Rak choroba budząca lęk. *Sztuka Leczenia* 2000; 4: 45–57.
33. Wciórka J. Miejsce lęku w psychopatologii. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1994; 4: 37–50.
34. Chojnacka-Szawłowska G. Sytuacyjny i osobowościowy komponent lęku wobec diagnozy onkologicznej. *Przegląd Psychologiczny* 1996; 39: 53–65.
35. Sosnowski T., Wrześniński K. Polska adaptacja inwentarza STAI do badania stanu i cechy lęku. *Przegląd Psychologiczny* 1983; 26: 393–412.
36. Wrześniński K., Sosnowski T., Matusik D. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Polska adaptacja STAI. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, Warszawa 2002.
37. Wrona-Polańska H. Psychologiczne aspekty informowania pacjentów w chorobie. W: Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (red.). *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Wyd. UJ, Kraków 1999: 79–98.
38. Kopczyńska-Tyszko A. Reakcje emocjonalne chorujących na nowotwór. W: Kubacka-Jasiecka D., Łosiak W. (red.). *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Wyd. UJ, Kraków 1999: 125–139.
39. Komender J., Mossakowski M. J., Orłowski T., Ostrowski K., Rudowski W., Trzebski A. (red.). *Wielki Słownik Medyczny*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1996.
40. Tomaszewska I. Struktura i nasilenia depresji u osób chorych na białaczkę przewlekłą. *Psychoonkologia*, 2000; 7: 19–22. (brak odnośnika w tekście)
41. Jabłoński M., Lebedowicz R., Dudek D., Zięba A., Skotnicki A. B. Zaburzenia depresyjne w przebiegu białaczki. *Psychiatria Polska* 2003; 37: 799–809. (brak odnośnika w tekście)
42. Jarema A. Uwagi o lęku w chorobach nowotworowych. *Spostrzeżenia praktyczne*. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1994; 3: 131–134.
43. Rosenhan L. D., Seligan E. P. *Psychopatologia*. T. I. PTP, Warszawa 1994.
44. Baile W. F. Jakość życia a zaburzenia depresyjne u chorych onkologicznie. W: Meyza J. (red.). *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Wybrane zagadnienia. Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Warszawa 1997: 167–181.
45. Czubalski K. Psychosomatyczne aspekty choroby nowotworowej. *Nowotwory* 1988; 3: 204–209.
46. Trzebiatowska I. Zaburzenia psychiczne w chorobie nowotworowej. W: de Walden-Gałuszko K. (red.). *Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej*, Kraków 2000: 71–81.